新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2	（□予診のみ）	3	回目
請求先	○○県○○市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			

2312345612345 67890

住民票に記載されている住所	都道府県 市区町村
フリガナ / 氏名		電話番号 （ ） ー
生年月日（西暦）	年 月 日生（満 歳） □男・□女	診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、 2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	□はい	□いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	□はい	□いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	□はい	□いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病　　名：□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □毛細血管漏出症候群 □その他( ) 治療内容：□血をサラサラにする薬( )□その他( )	□はい	□いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	□はい	□いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	□はい	□いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	□はい	□いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	□はい	□いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	□はい	□いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（□可能・□見合わせる） 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印

医療機関記入欄	◯時間外(受付時間 ：) ◯休日 ◯小児(6歳未満) ◯予備① ◯予備②

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（□接種を希望します・□接種を希望しません）

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）
（※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署）

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	□.□□ ml	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例）4月1日→04月01日 202□年□□月□□日

※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。